

児童名	※施設利用(申込)児童	生年月日	利用中又は第一希望の施設名	※該当する方に○
		年 月 日		利用中・申請中
		年 月 日		利用中・申請中
		年 月 日		利用中・申請中

申 立 書(疾病・負傷)

厚木市長宛
厚木市福祉事務所長宛

次のとおり療養しているため、児童の保育が必要である旨申し立てます。

なお、下記申立内容と医師の診断書に相違があった場合、保育の実施を解除(退所・退園)し、又は施設等利用給付認定を取消しされても異議を申し立てることはありません。

療 養 中 の 方			児童との続柄	
生 年 月 日			年 齢	
障害者手帳の有無	☐ なし ☐ あり 発行官公署名（ ）例：神奈川県 ☐ 身体_____級 ☐ 精神_____級 ☐ 療育 A・B / 1・2			
病 名				
病 状	具体的に記入してください。			
病 院 名		病院所在地	都・道 府・県	市・区 町・村
通 院 回 数	週・月・年 回（月・火・水・木・金・土・日・その他）			
入 院	年 月 日 ～ 年 月 日（入院中・退院）			
自 宅 療 養	年 月 日 ～			
備 考				

※入所・入園、施設等利用給付認定開始時、継続利用審査時には、診断書(家庭での保育が困難な状況が記載されたもの)等の提出が必要です。

上記のとおり、相違ありません。

年 月 日 申立者(療養中の方) _____